



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Socialt nätverk och självskattad hälsa;

betydelsen av sociala kontakter i kvinnors försök att
kombinera föräldraskap och förvärvsarbete

Författare: Kajsa Jönson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 120 poäng
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2007

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Birgitta Floderus

Examinator: Gösta Axelsson

Sahlgrenska akademien
Enheten för socialmedicin

Förord

De två personer jag vill tacka har spelat en helt avgörande roll i mitt arbete med denna, smått överväldigande, uppsats. Utan Er hade det aldrig gått!

Först och främst vill jag tacka min handledare, *Birgitta Floderus*, verksam vid Arbetslivsinstitutet och Karolinska Institutet i Stockholm, som gav mig denna helt fantastiska möjlighet från första början! All den tid Du har lagt ned, trots Ditt redan så tajta schema! Och det stöd och den uppmuntran som Du har gett mig under denna period! Det går inte att beskriva med ord. Tack!

Den andra jag vill tacka är *Maud Hagman*. Du har varit en helt ovärderlig hjälp i arbetet med SAS och i bemästrandet av min rädsla för siffror i allmänhet, och biostatistik i synnerhet. Utan dig hade jag nog aldrig vågat mig på programmeringen över huvudtaget. Men nu är det annorlunda - jag är inte längre rädd för oddskvoter! Tack!

Förutom att vara till oerhört stor hjälp under dessa – stundtals svettiga – månader har Ni också genom Era personligheter och genom Ert stora engagemang inom epidemiologisk forskning inspirerat mig till att fortsätta den banan! Jag är nu bättre rustad än jag någonsin kunde ha varit på annat sätt, för att ta mig an såväl magister-, som masterutbildning, kanske till och med forskarutbildning, i folkhälsovetenskap!

TACK!

Svensk titel: Socialt nätverk och självskattad hälsa; betydelsen av sociala relationer i kvinnors försök att kombinera föräldraskap och förvärvsarbete

Engelsk titel: Social network and self-rated health; the importance of social relations in women's attempt to combine work and family

Författare: Kajsa Jönson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 120 poäng
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2007

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Birgitta Floderus

Examinator: Gösta Axelsson

Sammanfattning

Syfte Att klargöra om socialt nätverk har samband med självskattad hälsa hos kvinnor födda på 1960- och 70-talet, samt att belysa om det sociala nätverket kan ha betydelse för självskattad hälsa, när kvinnor kombinerar förvärvsarbete och föräldraskap. *Metod* Studien är en kvantitativ studie som grundas på tvärsnittsundersökningar inom ramen för SCBs årliga undersökningar om befolkningens levnadsförhållanden, mellan 1990-2003. Materialet analyserades med multiple logistisk regression, och effektmodifiering synliggjordes genom stratifiering. *Resultat* Socialt nätverk och föräldraskap, oberoende av varandra, hade samband med självskattad hälsa i den aktuella undersökningsgruppen, och resultaten varierade över tid. Resultaten visade *inte* på att sociala relationer reducerar effekten av att förvärvsarbete och samtidigt vara förälder, med ett undantag: Bland heltidsarbetande kvinnor reducerades effekten av att ha barn om kvinnan var samboende. *Diskussion* Det nya arbetslivets nya krav och minskade kontroll gör att särskilt ensamstående heltidsarbetande mödrar får svårt att upprätthålla balansen i livet. Sociala relationer kan stressa mer än stödja, speciellt då kvinnor idag både förväntas ansvara för barn och hushåll, samt leva upp till kraven på jämställdhet.

Sökord: socialt nätverk, socialt stöd, arbete-familjkonflikt, multipla roller, krav-kontroll, självskattad hälsa

Abstract

Aims To elucidate how social network is associated with self-rated health in women born in 1960 and -70 (Sweden). And to investigate if social network is of any importance when women combine work and family. *Methods* Women born in 1960-1979 who participated in any of the Swedish Surveys of Living Conditions in 1990-1991, 1994-2003, were analysed. Logistic regression was used to estimate associations. Effect modification was explored by stratification. *Results* Social network and parenthood were, independently, associated with self-rated health in the present study group, and the results varied over time. The results *do not* show that social relations reduce the effect of combining work and family, with one exception: Among full time working mothers, cohabiting reduced the effect of having children. *Discussion* Due to the new working life's increasing demands and decreasing decision latitude, especially single parent women who work full time have difficulties to find a balance in life. Social relations can imply more stress than support, especially when women today are expected to take care of home and children, and at the same time live up to equality.

Keywords: social network, social support, work-family conflict, multiple roles, demand-control, self-rated health

Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	2
SYFTE	2
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	2
BAKGRUND.....	3
FÖRÄNDRAT SAMHÄLLE, FÖRÄNDRADE KRAV.....	3
OM KRAV OCH KONTROLL.....	4
MULTIPLA ROLLER	5
ARBETSLIV OCH FAMILJELIV; OLIKA ROLLER – OLIKA FÖRVÄNTNINGAR.....	6
DET SOCIALA NÄTVERKET FÖRKLARINGSKRAFT FÖR OHÄLSAN	9
METOD	12
TYP AV STUDIE	12
STUDIEPOPULATION	12
UNDERSÖKNINGSGRUPP	13
UNDERSÖKNINGSVARIABLER.....	14
<i>Exponeringsvariabler</i>	14
<i>Utfallsvariabel</i>	15
<i>Modifierande variabler</i>	16
<i>Confoundingvariabler</i>	16
STATISTISK ANALYSMETOD	17
<i>Samband</i>	17
<i>Effektmodifiering</i>	17
RESULTAT.....	18
DISKUSSION	20
OM RESULTATEN	20
<i>Det nya arbetslivet – upp till var och en</i>	21
<i>Motstridiga krav – den jämställdhetsmedvetna goda modern</i>	23
<i>Ensamma mamman</i>	25
<i>Sociala relationer – mer stress än stöd?</i>	26
OM METODEN	28
<i>Styrkor och svagheter med studien</i>	28
<i>Confounding i resultaten</i>	31
<i>Ytterligare forskning – en väg till jämställdhet</i>	32
REFERENSER	34
ÖVRIG LITTERATUR.....	36
BILAGOR	

Inledning

Områden som rör kvinnor och kvinnors hälso- och livssituation är ständigt eftersatta, vilket enligt mig är såväl oacceptabelt som ohållbart. Även om det på senare år har fokuserats mer än tidigare på kvinnors livssituation, och då kanske främst på försöken att kombinera arbetsliv och familjeliv, är områden som dessa långt ifrån klarlagda.

Framför allt är det i fråga om lösningar som forskningen brister. Man verkar vara ganska på det klara med *att* multipla roller, höga krav och låg kontroll påverkar hälsan på ett eller annat sätt, men inte *vilka faktorer* som eventuellt kan reducera negativa stressorer till följd av en tänkbar rollkonflikt eller obalans.

Jag kommer att ta min utgångspunkt i att socialt nätverk indirekt skulle kunna påverka konflikterna familj - arbete respektive arbete - familj, genom att reducera negativa stressorer. I diskussionen kommer jag även att gå in på *stödens* betydelse för nätverkets karaktär, men endast resonera kring hur dessa är kopplade till varandra då min empiriska studie inte ger grund för den aspekten. I resonemanget om nätverk och stöd kommer jag delvis att förutsätta att ett nätverk utgör en förutsättning för socialt stöd; informativt, känslomässigt, materiellt eller värdemässigt. Därmed inte sagt att detta stöd nödvändigtvis måste vara positivt.

Studien *Socialt nätverk och självskattad hälsa; betydelsen av sociala kontakter i kvinnors försök att kombinera föräldraskap och förvärvsarbete*, genomförs inom ramen för det pågående projektet *Kombinerat föräldraskap och förvärvsarbete - en bidragande orsak till ohälsa och sjukfrånvaro bland 60- och 70-talister?* Huvudprojektet är ett samarbetsprojekt mellan Arbetslivsinstitutet och Karolinska Institutet i Stockholm.

Syfte och frågeställningar

Syfte

Det övergripande syftet med studien är att klargöra om socialt nätverk har ett samband med självskattad hälsa hos kvinnor födda på 1960- och 70-talet.

Ett ytterligare syfte är att belysa om det sociala nätverket kan ha betydelse för självskattad hälsa, när kvinnor kombinerar förvärvsarbete och föräldraskap.

Frågeställningar

- Finns det ett samband mellan socialt nätverk (förekomst av partner, föräldrakontakt, kontakter med andra) och självskattad hälsa bland kvinnor födda på 60- och 70-talet?
- Finns det ett samband mellan föräldraskap (barn/inte barn) och självskattad hälsa bland kvinnor födda på 60- och 70-talet?
- Är sambandet mellan föräldraskap och självskattad hälsa likartat bland heltids- och deltidsarbetande kvinnor?
- Bland *heltidsarbetande* kvinnor, påverkas sambandet mellan föräldraskap och självskattad hälsa av kvinnans sociala nätverk?
- Bland *deltidsarbetande* kvinnor, påverkas sambandet mellan föräldraskap och självskattad hälsa av kvinnans sociala nätverk?

Bakgrund

Sverige anses vara ett av världens mest jämställda land, och vi har genom våra relativt generösa välfärdssystem och aktiva jämställdhetsdebatt, skapat goda förutsättningar för både män och kvinnor att dela på ansvaret för hem och barn och för att delta på arbetsmarknaden (RFV, 2004). Det faktiska läget ser dock annorlunda ut. Trots Sveriges jämställdhetssträvanden och trots kvinnans högre förvärvsarbetsfrekvens idag, jämfört med tidigare, är det fortfarande hon som tar det största ansvaret för hem och barn (RFV, 2004).

Förändrat samhälle, förändrade krav

Idag står vi inför ett, i många avseenden, nytt arbetsliv med nya krav som kräver nya strategier för anpassning, vilket ger människor såväl möjligheter som svårigheter (RFV, 2004; Allvin et al, 2006; FHI, 2006). Nedskärningarna i samhället, ökade krav på prestation, en alltmer uppluckrad gräns mellan arbete och fritid, samt ökade krav på att utbilda sig, ta sig in på arbetsmarknaden, skaffa familj och göra karriär inom loppet av några få år, ställer höga krav på människor (Allvin et al, 2006; FHI, 2006). Krav som i bästa fall, genom att vara hanterbara, utgör en morot och skapar framgång och självkänsla hos individen, men som i vissa fall kan ge en inre stress och oro och i förlängningen ge upphov till ohälsa och sjukfrånvaro (Theorell et al, 2004).

I och med arbetslivets förändring mot mer flexibla former, läggs mer ansvar på individen. Samtidigt som det skapas möjligheter för utveckling och lärande, skapar den lösare arbetsorganisationen en osäkerhet hos individen och vilshenhet inför det nya. Samhället, och arbetslivet, förflyttar sig från det kollektiva mot det individuella; från klara väldefinierade arbetsroller till nya, mer oklara sociala roller där arbetslivet och *det andra livet* flyter ihop, överlappar och inverkar på

varandra. Detta kräver ett ständigt individuellt ställningstagande och ett reflexivt förhållningssätt (Arne, Roman & Franzén, 2003; RFV, 2004; Allvin et al, 2006; FHI, 2006).

Den nya informationsteknologin gör det också möjligt att idag, på ett annat sätt än tidigare, vara uppkopplad, tillgänglig och ansvarstagande dygnet runt. Det är inte längre självklart vad som är arbets- och vad som är fritid. Gamla institutioner som familjen har fått nya former och de förut så självklara rollerna är numer förhandlingsbara (Arne, Roman & Franzén, 2003; RFV, 2004; Allvin et al, 2006). Individen måste ständigt vara förberedd på snabba förändringar och på att utveckla olika strategier för att på bästa sätt hantera förändringarna (Allvin et al, 2006).

Mycket talar också för att det nya arbetslivet har gett upphov till en *ny ohälsa* som oftare tar sig psykosociala snarare än enbart fysiska uttryck. Denna nya ohälsa drabbar främst unga människor, och som följd har också sjukskrivningarna bland unga ökat markant under de senaste åren. Värst drabbade är unga kvinnor (RFV, 2004).

Om krav och kontroll

Återkommande i forskningen kring arbetslivets och privatlivets förutsättningar, är kravet på *balans* i tillvaron (Allvin et al, 2006; FHI, 2006). Detta gäller såväl i arbets- och privatlivet var för sig, som i kombinationen av de båda.

Förhållandet rimliga krav och adekvat kontroll har länge framhållits som en grund för det goda arbetslivet (Theorell, 2003), men har även kommit att fungera som utgångspunkt för en helhetsbild av individens liv (Griffin et al, 2002). En hög kontroll i arbetssituationen anses skapa förutsättningar för att individen också ska kunna klara av högre krav, genom möjligheten att själv planera och påverka sitt arbete, såväl som att delegera arbetsuppgifter. Men förhållandet hög kontroll och höga krav

har också visat sig skapa förutsättningar för omväxling, utveckling och lärande, och således *stimulera* individen. En arbetssituation med höga krav och hög kontroll är alltså inte enbart en god arbetssituation utan också en förutsättning för utveckling och lärande. Befinner man sig, omvänt, i en arbetssituation där man har liten eller ingen kontroll, blir man istället stressad av höga krav, då man saknar möjligheter att hantera dessa. En situation som i förlängningen kan skapa negativ stress och ohälsa (Theorell, 2003).

Men det är inte enbart i arbetslivet krav-kontrollmodellen har visat sig stämma. Griffin med flera (2002) har visat att både män och kvinnor med låg kontroll antingen hemma eller i arbetet, har en ökad risk för depression och ångest (Griffin et al, 2002). Detta indikerar att resonemanget krav – kontroll har relevans också när det gäller hemmet, och alltså inte bara i förvärvsarbetet.

Ytterligare en dimension som har lagts till förhållandet krav – kontroll, är socialt stöd. Theorell med flera (1990) kunde visa att ökad anspänning i arbetssituationen innebar en ökning i immunoglobulinnivå, och således en mobilisering av immunförvaret, hos dem med lågt socialt stöd. Ju mer stöd individen hade, desto lägre var deras immunoglobulinnivå, och relationen visade sig vara starkare vid arbeten med hög anspänning (Theorell et al, 1990). För kvinnor har det sociala stödet visat sig buffra mot bland annat utbrändhet (Orth-Gomér, 2003). Detta indikerar att en individs sociala stöd kan spela en stor roll för hur väl han eller hon hanterar en arbetssituation med höga krav.

Multipla roller

Ett annat sätt att förhålla sig till arbetets och familjelivets inverkan på varandra, är att tala om olika sociala roller. Samtidigt som vissa forskare betonar vikten av att ha många sociala roller, pekar andra på att flera roller kan utgöra en källa till stress.

Goode (1960), var en av de första med att lyfta fram betydelsen av multipla roller och rollstress. Han hävdade att rollkonflikt är det normala, medan harmoni mellan och möjlighet att på ett friktionsfritt sätt kombinera olika roller, är ett idealtillstånd, närmast lönlöst att eftersträva (Goode, 1960). Utmaningen för individen ligger således i att hantera alla olika sociala roller, och skapa en balans i tillvaron. Goode tar upp olika strategier för att göra detta. Han framhåller också att det kan vara svårt att avsäga sig roller. Framför allt roller relaterade till arbete och familj, då dessa dels utgör starka och av samhället högt värderade roller och institutioner, dels är viktiga för en individs självkänsla och identitet (Goode, 1960).

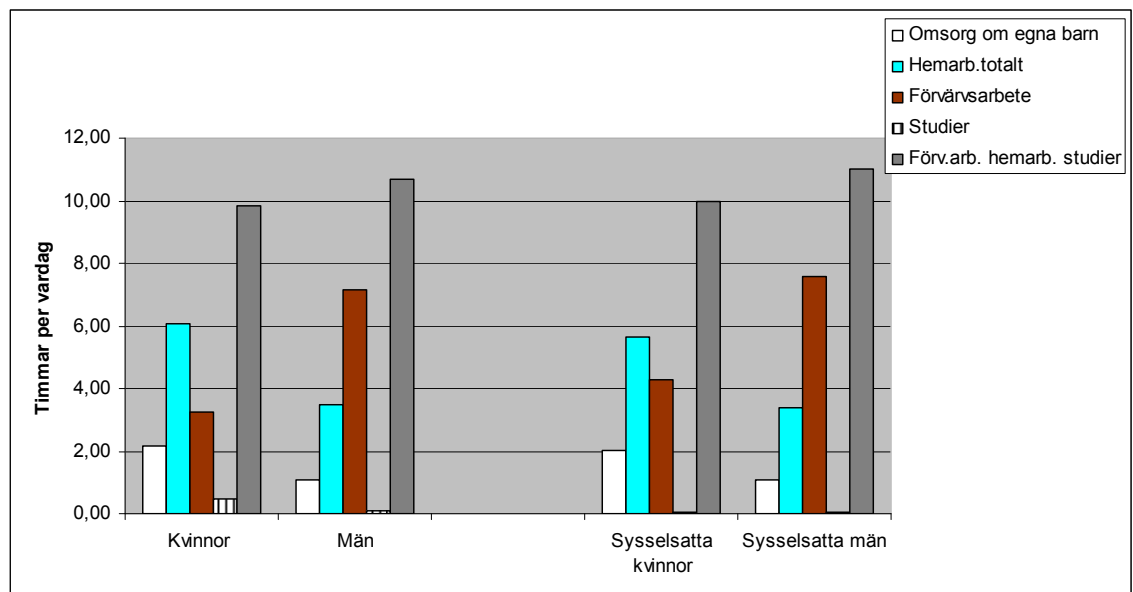
Men forskningen pekar samtidigt i en annan riktning, nämligen på att det kan vara gynnsamt, kanske till och med önskvärt, att inneha flera sociala roller (Allvin et al, 2006). Det positiva skulle då exempelvis ligga i att individen har flera områden där hon kan lyckas samt att de potentiella stödkällorna ökar. Dessa positiva konsekvenser av att ha flera roller samtidigt skulle överskugga en eventuell belastning till följd av ökade krav (Allvin et al, 2006). Detta ger ett resonemang som talar för individens engagemang i ett rimligt antal roller, men mot att ”ta på sig för mycket”.

Arbetsliv och familjeliv; olika roller – olika förväntningar

Åtskilliga studier (Carlson & Perrewé, 1999; van Daalen et al, 2006; Floderus et al, 2007) har undersökt förhållandet förvärvsarbete och familjeliv. Härenstam et al (2000) skriver, med hänvisning till Lundberg med flera (1994) att det speciellt är för dem med små barn som försöken att kombinera de två sfärerna har visat sig utgöra en stressfaktor. Tidigare har förvärvsarbete och hög utbildningsnivå förväntats ha positiva effekter på könsrelaterad ojämlikhet i hemmet och relaterade konflikter, då man har antagit att kvinnors inträde på arbetsmarknaden skulle växlas mot

minskad tid i hemmet, och därmed innebära ett ökat ansvarstagande från män när det gäller barn och hushåll. Det har dock visat sig att så inte är fallet (SCB, 2003; RFV, 2004).

Medan mäns arbete främst återfinns i förvärvsarbetet, ägnar kvinnor sin tid huvudsakligen åt hushållsarbete och barn. När det gäller förutsättningarna att delta i förvärvsarbetslivet har kvinnor sämre möjligheter än män, med hänvisning till familjesituation. Ännu sämre är förutsättningarna då kvinnan har barn (SCB, 2003). Den tidsmässiga arbetsbelastningen för män och kvinnor sägs vara ungefär lika stor, det som skiljer sig åt mellan könen är alltså framför allt *var* man lägger mest tid och kraft, det vill säga själva distributionen av den totala tiden (se figur). Kvinnor har även mer uppsplittrad fritid än män, vilket gör att möjligheterna till vila och återhämtning generellt är mindre för kvinnor än för män (RFV, 2004).



Figur. Tid för aktiviteter bland kvinnor och män; sammanboende småbarnsföräldrar, 2000/01. I hemarbete ingår omsorg om egna barn. Källa för primärdata: Tid för vardagsliv. Kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91 och 2000/01. Levnadsförhållanden, rapport 99. Statistiska centralbyrån 2003.

Det är inte enbart den faktiska arbetsfördelningen som skiljer sig åt mellan könen. Trots Sveriges jämställdhetspolitiska strävanden och den förändring familjen har genomgått, ser förväntningarna fortfarande olika ut på män och kvinnor (RFV, 2004).

Genom traditionella föreställningar och roller *förväntas* kvinnan, i större utsträckning än mannen, ta ansvar, inte bara för hushåll och barn, utan också för sociala relationer och omsorgen om äldre anhöriga (RFV, 2004). En strategi för att klara av att hantera de olika kraven kan, för kvinnor, då vara att arbeta deltid. På detta sätt är det sannolikt att man som kvinna, på kort sikt känner mindre stress, genom att man har större möjlighet att dels klara av sitt arbete, dels ta hand om hem och barn. Detta gör också att man blir bekräftad och uppmuntrad i sin kvinnoroll, vilket ger känslor av att vara en god mor/fru/kvinna. På samma sätt känner mannen som lägger störst kraft och engagemang i arbetet, på kort sikt, samma tillfredsställelse. Detta, sammantaget gör också att konflikten mellan arbete och familj reduceras på kort sikt. På lång sikt, däremot, kan uppdelningen innebära att kvinnan upplever att hon har försummat sig själv och mannen att han har försummat barn och familj (Ross et al, 1983; RFV, 2004).

Att gå emot könsstrukturer och till exempel som kvinna förvärvsarbeta heltid eller att som pappa ta ut mer föräldraledighet än vad som förväntas, kostar alltså på. Ross med flera (1983) kunde visa att själva övergångsperioden från en traditionell till en mer jämställd uppdelning av försörjning och hushållssysslor hade samband med ökad risk för depression hos både män och kvinnor. Långsiktigt gav dock övergången färre depressioner och mer tillfredsställelse med livet, hos båda parter (Ross et al, 1983).

Flera studier indikerar att konsekvensen av en dubbelexponering, det vill säga att både förvärvsarbeta och att ha huvudansvaret för hem och barn, kan vara stressrelaterad ohälsa. Artazcoz med flera (2002) visade i en studie att gifta kvinnor med en familj på fler medlemmar än tre hade en

klar överrisk (OR 4,16) för sämre självskattad hälsa. När det gäller psykosomatiska symptom var överrisken något lägre (OR 2,05). Motsvarande resultat för män visade inget samband mellan familjerelaterade krav och hälsa (Artazcoz et al, 2002).

Även Krantz & Östergren (2000) kunde i en studie visa på risken med dubbelexponering för kvinnors hälsa. Urvalet bestod här av något äldre kvinnor (40-50 år, Sverige), och sambandet visade sig vara starkt. Dubbelexponeringen gav en överrisk på OR 6,91, för vanliga fysiska och psykiska symptom, som exempelvis huvudvärk, muskelspänning och trötthet (Krantz & Östergren, 2000). Vidare har Floderus och medarbetare (2007) visat att låg självskattad hälsa var vanligare bland kvinnor med barn, jämfört med dem utan barn, bland heltidsarbetande kvinnor. Risker ökade dessutom med ökat antal barn (Floderus et al., 2007).

Men, vid sidan av forskningen som visat att kombinationen arbete och familj kan utgöra en källa till ohälsa för kvinnor finns också forskargrupper som har kommit fram till att det är gynnsamt för kvinnors hälsa att kombinera olika sfärer (Lahelma et al, 2002; Roos et al, 2005). I en studie av brittiska och finska kvinnor fann man att de kvinnor som arbetade, och som hade både en partner och små barn, hade den bästa hälsan (Lahelma et al, 2002). Likartade resultat framkom i en studie av finska och svenska kvinnor (Roos et al, 2005). I en tredje studie fann man att partnerstatus eller att vara förälder hade liten eller ingen inverkan på sambandet arbete – hälsa (Roos, Lahelma et al, 2005).

Det sociala nätverkets förklaringskraft för ohälsan

Att såväl hälsa som livsförutsättningar skiljer sig åt mellan män och kvinnor är idag allmänt accepterat, tillsammans med det faktum att kvinnor lever längre, men är sjukare än män. Kvinnor tenderar också att skatta sin hälsa lägre än män, och det är främst yngre kvinnor som

framträder i statistiken (FRN, 1998). Ett sätt att förklara ”den nya ohälsan” och skillnaderna mellan män och kvinnor är att ta sin utgångspunkt i socialt stöd.

Man har kunnat visa på att stöd och kontroll är nära sammanlänkade (Orth-Gomér, 2003; FHI, 2004). Det innebär att om kontrollen är låg och kraven är höga, kan socialt stöd avhjälpa den spända situationen och således indirekt reducera stress och ohälsa (Orth-Gomér, 2003; FHI, 2004).

Som nämns ovan är det främst kvinnan som traditionellt har stått för relations- och omsorgsarbetet, och mycket tyder på att det fortfarande förhåller sig på detta sätt (RFV, 2004). Men den traditionella bilden av att kvinnor har större sociala nätverk och ger och får mer stöd än män, stämmer inte helt med verkligheten, även om det är tydligt att könsskillnader finns (Fuhrer et al, 1999).

Enligt studier (Fuhrer & Stansfield, 2002) rapporterar kvinnor fler nära personer i sina primära nätverk. Män, å sin sida, rapporterar rent kvantitativt större sociala nätverk (Fuhrer et al, 1999). Kvinnor är också mindre benägna att rapportera sin partner som den person som står dem närmast, men både män och kvinnor har lika stor andel kvinnor bland sina fyra närmsta personer. Kvinnor har även tillgång till fler källor som kan ge känslomässigt stöd (Fuhrer & Stansfield, 2002). Vidare har en studie av kvinnors nätverkande visat att nätverksrelaterade aktiviteter har samband med förbättrad hälsa och ett ökat deltagande i lokalsamhället (Gustafsson-Larsson & Hammarström, 2000).

Artiklar (van Daalen et al, 2006; Carlson & Perrewé, 1999) har visat på att socialt nätverk och socialt stöd kan reducera ohälsa genom att motverka negativ stress till följd av multipla roller, höga krav och låg kontroll – det vill säga situationer som arbete – familjkonflikten. För kvinnor är det specifikt partnerstöd som har visat sig vara av betydelse för hälsan (van Daalen et al, 2006). Detta alltså trots att kvinnor är

mindre benägna att se relationen med sin partner som den närmsta (Fuhrer & Stansfeld, 2002).

Men hälsans sociala aspekter har också varit föremål för kritik. Vilka specifika komponenter som skulle kunna förklara ohälsa samt hur interaktionen dem mellan ser ut, är trots den omfattande forskningen, fortfarande tämligen oklart (Nygqvist, 2005). Även om det sociala stödet och det sociala nätverket allmänt ses som relevanta copingmekanismer, verkar sättet på vilket de påverkar möjligheterna att kombinera förvärvsarbete och familjeliv, fortfarande relativt oklart. Endast ett fåtal internationella studier har fokuserat området sociala relationer och arbete – familj - i Sverige har ingen tidigare undersökt det.

Metod

Typ av studie

Studien är en kvantitativ studie som grundas på tvärsnittsundersökningar inom ramen för SCBs årliga undersökningar om befolkningens levnadsförhållanden.

Statistiska Centralbyrån har på uppdrag av Sveriges Riksdag varje år sedan 1975 genomfört undersökningar av levnadsförhållandena (ULF). Syftet med undersökningarna är att kartlägga levnadsförhållandena i Sverige och på så sätt skaffa sig en bild av hur välfärdssamhället har utvecklats och ändrats. Effekterna av förändringarna mäts i termer av exempelvis utbildningsnivå, hälsa och sysselsättningsgrad.

I min undersökning har jag utgått från ULF-undersökningarna från och med år 1990 till och med år 2003.

Studiepopulation

ULF-undersökningarna genomförs som besöksintervjuer med slumpmässiga urval av befolkningen. Under två år intervjuas uppskattningsvis mellan 12 000 och 13 000 personer, och åldersgränserna har varierat sedan undersökningarna startade 1975. Från och med 1980 fram till 2001 var den undre gränsen 16 år och den övre 84 år, från och med 2002 har man ingen övre åldersgräns.

Bortfallet i ULF redovisas på SCBs hemsida (www.scb.se). För de aktuella åren uppskattas bortfallet för kvinnor i åldern 16-44 år till i genomsnitt nitton procent (19%). Det interna bortfallet är obetydligt.

Undersökningsgrupp

Av samtliga kvinnor i ULF-undersökningarna under de aktuella åren har jag valt att studera kvinnor som är födda mellan 1960 och 1979, förutsatt att de uppnått tjugo års ålder vid intervjuåret. Avgränsningen gjordes med hänsyn till undersökningens syfte; att undersöka det sociala nätverkets betydelse för kombinationen arbete och föräldraskap, hos kvinnor.

Två undersökningsgrupperingar har analyserats. Den första omfattade data från åren 1990-1991, 1994-2003. Den andra omfattade åren 1996-2003. I det första fallet uteslöts 1992-1993 genom att data för socialt nätverk inte stämde överens med övriga år. Exempelvis har man vid frågan om hur ofta man träffar föräldrarna endast avsett modern, vilket inte är fallet de andra åren.

Analysen av åren 1996-2003 motiveras av att en tidigare undersökning inom huvudprojektet grundades på de åren (Floderus et al, 2007). Denna kompletterande analys har fördelen att undersökningsgruppen fångar upp unga kvinnor från de senaste födelsekohorterna.

Det totala antalet kvinnor i undersökningsgruppen 1990-1991, 1994-2003 var 8157 individer. För åren 1996-2003 var antalet 5368 individer.

Åldersfördelningen framgår av Tabell 1 (Bilaga 1).

Undersökningsvariabler

Exponeringsvariabler

Exponeringsvariabler var dels socialt nätverk, dels föräldraskap. Den förstnämnda variabeln täcker olika typer av sociala relationer och nätverksmönster. Den sistnämnda variabeln studeras genom förekomsten av barn. Nedan följer operationella definitioner av samtliga exponeringsvariabler som jag har använt mig av.

Föräldraskap

Barn (gäller hemmavarande barn under 18 år).

Fråga: Har du barn? *Svar:* Ja, Nej.

Typ av social relation

Sambo - ensamstående

Fråga: Är du samboende, ensamstående eller bor du med dina föräldrar?

Svar: Sambo, ensamstående, bor med föräldrar.

Kontakt med föräldrar (Frågan har bara ställts till dem som tidigare har uppgett att de har föräldrar kvar i livet.)

Fråga: Hur ofta brukar Ni träffa och vara tillsammans med Era föräldrar (Er mor, far)?

Svar: flera gånger i veckan, någon gång i veckan, någon gång i månaden, någon gång i kvartalet, någon enstaka gång, mer sällan eller aldrig.

Kontakt med andra (Intervjupersonen uppmanas att inte ta med nuvarande grannar eller arbetskamrater. Åren 1994 och 1995 hade frågan genomgått vissa språkliga förändringar, men innebörden var alltså densamma.)

Fråga: Hur ofta brukar Ni träffa och vara tillsammans med andra släktingar, vänner eller bekanta?

Svar: flera gånger i veckan, någon gång i veckan, någon gång i månaden, någon gång i kvartalet, någon enstaka gång, mer sällan eller aldrig.

Nätverksmönster

Av variablerna sambo - ensamstående, kontakt med föräldrar och kontakt med andra har jag bildat åtta olika nätverkskonstellationer. Syftet med konstruktionen av nätverksmönster var att se hur de olika nätverksgrupperna varierade i självskattad hälsa.

Ofta kontakt med föräldrar definieras som flera gånger i veckan till någon gång i kvartalet. *Sällan kontakt* med föräldrar definieras som kontakt någon enstaka gång, mer sällan eller aldrig.

Ofta kontakt med andra människor definieras som flera gånger i veckan till någon gång i månaden. *Sällan kontakt* med andra definieras som någon gång i kvartalet, någon enstaka gång, mer sällan eller aldrig.

På detta sätt har jag fått åtta stycken nätverkskonstellationer som sträcker sig från ett starkt socialt nätverk till i princip social isolering. De åtta nätverkskonstellationerna framgår av Tabell 2 (Bilaga 2).

Utfallsvariabel

Självskattad hälsa.

Fråga: Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Svar: Fram till och med 1995 var svarsalternativen uppdelade i tre kategorier; gott, dåligt och något däremellan. För perioden 1996-2003 hade svarskategorierna utökats till fem; mycket gott, gott, någorlunda, dåligt, mycket dåligt.

I studien gjordes en dikotomisering av variabeln, där referensen var god/mycket god och övriga svarskategorier blev ”låg” självskattad hälsa. Prevalensen för låg självskattad hälsa var för perioden 1990-1991, 1994-2003, 15,32% (1249). Och för perioden 1996-2003 16,10% (864).

Modifierande variabler

För att se om det finns faktorer som kan modifiera sambandet mellan föräldraskap och självskattad hälsa, har jag valt att titta dels på sysselsättningsgrad, dels på de enskilda variablerna för sociala kontakter, enligt ovan, samt kombinationen av sysselsättningsgrad och sociala kontakter.

Sysselsättningsgrad

Fråga: Arbetar du heltid eller deltid?

Svar: Heltid, deltid.

Enskilda variabler för sociala kontakter har beskrivits ovan eftersom de även behandlas som exponeringsvariabler.

Confoundingvariabler

Både *ålder* och *intervjuår* kan ha samband med såväl sannolikheten att ha barn som sannolikheten för låg självskattad hälsa. Detta genom att samhälls- och generationstrender dels visar sig i barnafödande, dels påverkar hur man upplever sin hälsa. Detta motiverar den genomgående kontrollen för ålder (kontinuerlig variabel) och intervjuår (de enskilda årtalen).

”Hälsa” och ”ohälsa” är komplexa begrepp (se diskussion). *Långvarig sjukdom* sammanhänger med såväl sannolikheten att få barn som sannolikheten att skatta sin generella hälsa som låg (Floderus et al, 2007). Svårare ohälsa och sjukdom kan inverka på kvinnans möjligheter och förutsättningar för att skaffa barn (selektion). Svår ohälsa och sjukdom kan även i vissa fall påverka hur man upplever sitt hälsotillstånd. Mot bakgrund av detta har jag valt att genomgående kontrollera resultaten för långvarig sjukdom, för att minska selektionsbias på grund av sjukdom. Långvarig sjukdom grundar sig på den öppna frågan *Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet?* Frågan är utökad med ett antal följdfrågor.

Statistisk analysmetod

Samband

Sambanden mellan exponeringsvariablerna (socialt nätverk och föräldraskap) och utfallsvariabeln (självskattad hälsa) (Tabell 2 - Bilaga 2; Tabell 3 - Bilaga 3) analyserades med multipel logistisk regression med kontroll för eventuell confounding (se variabelbeskrivningen). Oddskvoter (OR) beräknades med 95% konfidensintervall. Statistikhanteringsprogrammet SAS har använts. Jag har genomgående i texten valt att tala om risk (överrisk) eller sannolikhet istället för odds.

Effektmodifiering

För att se om sambandet mellan föräldraskap och självskattad hälsa påverkades av kvinnans sysselsättningsgrad använde jag mig av stratifiering. Variabeln sysselsättningsgrad delades in i två strata heltids/deltidsarbete (Tabell 3 - Bilaga 3).

Jag studerade även hur sambandet mellan föräldraskap och självskattad hälsa såg ut för heltidsarbetande med olika sociala relationer (Tabell 4 - Bilaga 4), och för deltidssarbetande med olika sociala relationer (Tabell 5 - Bilaga 5). Här använde jag de enskilda variablerna för kontakter som markörer för olika sociala relationer.

Tid och omfattning för den aktuella studien gjorde att statistisk testning av effektmodifieringen inte kunde ingå i arbetet.

De stratifierade analyserna innebar även en ökad kontroll av eventuell confounding. Med detta menas att det är bättre att jämföra kvinnor med och utan barn inom en grupp där alla har likartade situationer. På detta sätt minimerar man risken att se samband ”som inte finns”, det vill säga samband som beror på andra faktorer än exponeringen.

Resultat

Resultaten visar sammanfattningsvis på att både socialt nätverk och föräldraskap (barn/inte barn), oberoende av varandra, har samband med självskattad hälsa bland kvinnor födda på 1960- och 70-talet. För sambandet med föräldraskap kan man även se en variation över tid – överriskerna är tydligare under delperioden 1996 – 2003, än för hela perioden. Däremot visar resultaten *inte* på att sociala relationer reducerar effekten av att förvärvsarbeta och samtidigt vara förälder, med ett undantag: Bland heltidsarbetande kvinnor reduceras effekten av att ha barn om kvinnan är samboende.

I Tabell 2 (Bilaga 2) redovisas resultaten för det sociala nätverksmönstret relaterat till självskattad hälsa. Prevalensen för låg självskattad hälsa var för referensgruppen (individer med ett starkt socialt nätverk) omkring tolv procent båda tidsperioderna. För samtliga nätverkskonstellationer syntes en tydlig överrisk för låg självskattad hälsa, jämfört med referensgruppen, vilket indikerar det sociala nätverkets betydelse för hälsan. De högsta överriskerna framkom för de mönster där kontakten med ”andra” var svag.

För de ensamstående som i övrigt hade ett starkt socialt nätverk (ofta kontakt med både föräldrar och andra människor), syntes en överrisk på drygt femtio (1990-1991, 1994-2003) respektive sjuttio (1996-2003) procent, jämfört med referensgruppen. Trots tät kontakt med andra människor i ens närhet, verkar alltså själva ensamboendet i sig påverka hälsan.

I Tabell 3 (Bilaga 3) syns resultaten för självskattad hälsa mot bakgrund av föräldraskap, dels för hela undersökningsgruppen dels mot bakgrund av sysselsättningsgrad. Totalt var förekomst av barn en riskfaktor för kvinnornas hälsa, med en överrisk på trettio (1990-1991, 1994-2003) respektive femtio (1996-2003) procent.

Uppdelningen i heltids- respektive deltidsarbetande visade att kvinnor med barn hade en överrisk bland de heltids-, men inte bland de deltidsarbetande. Överrisken var

signifikant endast för delperioden 1996-2003 (fyrtiofem procent); för hela perioden framkom en svag, sjuttonprocentig överrisk.

I Tabell 4 (Bilaga 4) och Tabell 5 (Bilaga 5) redovisas heltids- och deltidsanställda kvinnor var för sig, och hur sambandet mellan förekomsten av barn och självskattad hälsa ser ut vid olika typer av sociala relationer.

Det fanns i resultaten ingen skillnad i självskattad hälsa mellan de som hade hög kontakt och de som hade låg kontakt med föräldrar och andra människor. Detta betyder att socialt nätverk inte reducerar effekten av att vara förälder, vare sig man arbetar heltid eller deltid.

De ensamstående heltidsarbetande med barn visade en avvikande bild. Risken för låg självskattad hälsa i denna grupp, jämfört med de ensamstående heltidsarbetande utan barn, var åttiosju procent högre för perioden 1990-1991, 1994-2003. Delperioden 1996-2003 var risken ännu högre – nästan två och en halv gång högre än för dem utan barn. Något liknande samband syntes inte för deltidsarbetande, vilket understryker partners betydelse, främst vid heltidsarbete då man samtidigt har barn.

Diskussion

Syftet med studien var att klargöra om socialt nätverk har ett samband med självskattad hälsa hos kvinnor födda på 1960- och 70-talet. Samt att belysa om det sociala nätverket kan ha betydelse för självskattad hälsa, när kvinnor kombinerar förvärvsarbete och föräldraskap. Två tidsperioder studerades, dels 1990-1991, 1994-2003, dels 1996-2003.

Resultaten visade att försvagat socialt nätverk och att vara förälder, oberoende av varandra, hade samband med låg självskattad hälsa hos kvinnor födda på 1960- och 70-talet. Däremot gav *inte* resultaten stöd för hypotesen att sociala kontakter kan reducera effekten av att vara förälder och samtidigt arbeta. Den relation som hade betydelse i sammanhanget var om kvinnan var sammanboende eller ej, där sammanboende reducerade risken för kvinnor med barn, särskilt bland heltidsarbetande.

Om resultaten

Socialt nätverk visade sig ha samband med självskattad hälsa hos kvinnorna i undersökningsgruppen. Alla nätverkskonstellationer som innehöll en ”svag länk” uppvisade en överrisk, jämfört med referensgruppen, det vill säga individer med ett starkt socialt nätverk. De ensamstående hade lägre självskattad hälsa än de samboende, och detta var fallet även för de ensamboende som i övrigt hade täta sociala kontakter.

Resultaten var förväntade och ligger i linje med tidigare forskning på området, där man har funnit att förekomst av sociala kontakter och socialt nätverk indirekt påverkar den upplevda hälsan positivt (Carlson & Perrewé, 1999; Gustafsson-Larsson & Hammarström, 2000; Molarius et al, 2006; van Daalen et al, 2006).

Vidare visade resultaten på ett samband mellan föräldraskap (barn/inte barn) och självskattad hälsa bland kvinnor födda på 1960- och 70-talet. Oavsett

sysselsättningsgrad hade kvinnor med barn en överrisk för låg självskattad hälsa, jämfört med kvinnor utan barn.

En uppdelning av materialet visade att sambandet mellan föräldraskap och självskattad hälsa gällde för de *heltidsarbetande* men inte för de *deltidsarbetande*. Speciellt framträdande var här resultaten för perioden 1996-2003, då överrisken var på fyrtiofem procent för de heltidsarbetande med barn, jämfört med dem utan. Detta i kontrast till sjutton procent för hela perioden.

Resultaten ligger i linje med tidigare forskning inom projektet *Kombinerat förvärvsarbete och föräldraskap*. Floderus med flera (2007) kunde visa dels att kvinnor *med* barn hade en överrisk för ohälsa, jämfört med kvinnor utan barn, dels att *heltidsarbetande* kvinnor med barn hade en högre risk för ohälsa, jämfört med heltidsarbetande utan barn, och även att överrisken steg med ökat antal barn. För deltidsarbetande kvinnor syntes inte motsvarande mönster (Floderus et al, 2007), vilket var fallet även i den aktuella studien.

I den aktuella studien kan man se en variation i låg självskattad hälsa över tid, i och med resultaten från dels, hela perioden 1990-1991, 1994-2003, dels delperioden 1996-2003. Detta har inte analyserats tidigare, och gör att de gamla resultaten kommer fram i ett annat ljus. Vad skillnaderna mellan de två tidsperioderna beror på kan man bara resonera kring, då min tid varit alltför begränsad för att ta fram empiriska svar på dessa frågor.

Det nya arbetslivet – upp till var och en

Möjliga förklaringsfaktorer här är för det första det så kallade *nya arbetslivet*. Genom skiftningen från traditionella strukturer mot mer flexibla arbetsformer läggs ett ökat ansvar på individen (Arne, Roman & Franzén, 2003; Allvin et al, 2006). I och med att ramarna för arbetet blir allt lösare finns det inte längre någon gräns för hur mycket individen bör och ska arbeta (Allvin et al, 2006).

Den gamla byråkratiska arbetsorganisationen med fasta ramar och regler för hur och när och var man skulle arbeta kunde mötas med kollektiva strategier. Idag är varje individ utlämnad till sig själv och det är upp till var och en att se till så att man hänger med i karriärloppet. Den vikt som läggs vid prestationer idag innebär ett synsätt där människovärdet och vem du *är* i hög grad bestäms av vad du *gör*, något som också ställs i relation till vad andra människor runt omkring dig gör. Eftersom du inte har någon trygg kollektiv organisation att luta dig emot när kraven blir för höga är det alltså du själv som måste bemästra kraven på egen hand. Individen måste i princip vara lika föränderlig som det nya arbetslivet (Allvin et al, 2006).

I takt med att tiden och rummet i arbetslivet har luckrats upp, tänjs arbetets gränser. Det finns varken utrymme för start, paus eller stopp. Väl utförda arbetsuppgifter ger beröm och snabbt avancemang, medan den som inte hunnit med eller klart riskerar att hamna på efterkälke på karriärstegen (Allvin et al, 2006). Resultatet av vad det innebär att identifieras med sina arbetsuppgifter kan säkerligen innebära en morot för individen, och leda till statusfyllda poster och berömmelse. Men den som inte klarar av de nya kraven eller får höra att det inte är bra nog, riskerar att bli ifrånsprungen och kvarlämnad med kantstött hälsa och självbild.

Mycket tyder på att det nya arbetslivet, också tillsammans med nedskärningarna i såväl privat som offentlig sektor under senare delen av 1990-talet, har gett upphov till en ny sorts ohälsa (Theorell et al, 2004). Framför allt är det de så kallade *kvinnoyrkena*, det vill säga vård- och omsorgsyrsken som främst återfinns i den offentliga sektorn, som har drabbats av ökad psykisk ohälsa och långtidssjukskrivning (Theorell et al, 2004). Även unga, och då främst unga kvinnor, sägs vara hårt drabbade (RFV, 2004).

Vidare har det visat sig att kvinnors arbete värderas lägre än mäns, vilket troligen ökar pressen ytterligare på kvinnor (van Daalen et al, 2006). För att "få" en karriär och ett meningsfullt, utvecklande arbete, måste du, speciellt om du är kvinna, vara beredd att arbeta hårt. En situation som kan ge upphov till spänningsrelaterad stress, som bland annat för kvinnor visat sig ha samband med konflikter mellan arbete och familj (van Daalen et al, 2006).

För några individer har det förändrade arbetslivet varit av godo. Men att döma av den ökade ohälsan och det stora antalet sjukskrivningar, har det för många minskat hanterbarheten inte bara i arbetslivet, utan kanske i livet generellt.

Motstridiga krav – den jämställdhetsmedvetna goda modern

Men det är inte bara i arbetslivet flexibiliteten och förändringen märks - även familjelivet är idag förhandlingsbart i större utsträckning än tidigare. Vilket gör att det hänger på individen själv också hur hennes/hans liv *utanför* arbetet ska te sig (Arne, Roman & Franzén, 2003; RFV, 2004; Allvin et al, 2006).

Familjen är idag inget enhetligt begrepp. Man kan mena allt ifrån mamma – pappa – barnkonstellationen till utökade nätverksfamiljer med bonusdöttrar och –söner. Familjemedlemmarnas tid för varandra och de aktiviteter man gör tillsammans bestäms gemensamt. Alla får vara med och säga sitt (Arne, Roman & Franzén, 2003).

De senaste åren har det också förts en närmast accelererande debatt om familjelivets jämställdhetsfällor. Det är rimligt att anta att det är kvinnorna, framför allt i de yngsta generationerna som försöker leva upp till kraven på jämställdhet.

Dessa kvinnor finns representerade i den aktuella undersökningen, speciellt inom delperioden 1996-2003, där en större koncentration av unga från sena generationer ingår. Det är rimligt att anta att det är dessa ökade krav tillsammans med att männens ökade insatser för hem och barn till stora delar uteblivit, som tar sig uttryck i tydligare samband mellan föräldraskap och låg självskattad hälsa för perioden 1996-2003.

Orsakerna till diskrepansen mellan kvinnans jämställdhetssträvanden och att mannen inte anpassat sin arbete – familjsituation, är sannolikt flera. Förväntningarna på mannen som huvudförsörjare och stöttepelare i familjen är fortfarande starka, och mycket talar för att detta inte ändras när barnen kommer in i bilden. Inte heller mannens arbetsgivare har förändrat sitt synsätt på mannen som mer än en

arbetstagare. Något som visar sig i statistiken över så väl uttag av föräldraledighet (RFV, 2004), som fördelning av försörjnings-, hushålls- och omsorgsarbete (SCB, 2003).

Men själva strävandena i sig, att *bryta mönstren* och gå emot samhälleliga förväntningar och föreställningar om kärnfamiljen och hur man som kvinna och man borde leva, är inget som löper friktionsfritt. Som tidigare nämnts kan övergången från en traditionell parrelation till en mer jämställd relation, kortsiktigt, ha samband med ökad risk för depression hos både män och kvinnor. Långsiktigt har man däremot sett minskad risk för depression och ökad tillfredsställelse för båda parter (Ross et al, 1983). De initiala negativa effekterna har troligen samband med diskrepansen mellan önskan om jämställdhet och svårigheten att nå fram. Kvinnor som *går mot strömmen*, upplever både obehag och motstånd (RFV, 2004).

Den traditionella bilden av *den goda modern* finns kvar, och det förväntas fortfarande att du som kvinna ska ta ansvar för sedvanliga kvinnoysslor, som hushållsarbete och omsorg om barn och äldre, (RFV, 2004).

Att till exempel arbeta deltid när barnen är små, är också ett uttryck för den traditionella rollen, kvinnans bidrag till att minska konflikter (RFV, 2004), den traditionella kvinnans strategi för att upprätthålla balansen mellan de olika sfärerna. Men vad händer när barnen sedan är äldre och man som kvinna går tillbaka till heltid? Det är säkert vanligt att man fortsätter att ta hand om barn och hushåll i samma utsträckning som tidigare. Detta trots att man samtidigt förvärvsarbetar heltid.

Att som ung kvinna dels förväntas leva jämställt, dels ta ansvar för hem och barn i linje med traditionella förväntningar. Samtidigt som man arbetar heltid, helst med ett utvecklande arbete, får sannolikt konsekvenser för hälsan. Det är inte omöjligt att tänka sig att alla dessa, till stor del, motstridiga krav, ger upphov till rollkonflikter och obalans i livet, till följd av en för hög total arbetsbelastning.

Ensamma mamman

Alla dessa nya och gamla krav och föreställningar kan leda till problem för många. Men kraven är troligtvis än svårare att möta om man är ensamstående med barn och dessutom heltidsarbetar.

Den aktuella studien visade att de heltidsanställda ensamma mödrarna hade de klaraste överriskerna. Ingen annan relation uppvisade lika stor inverkan på den självskattade hälsan som en potentiell sambo. Trots den fortfarande ojämlika uppdelningen av arbete och familj mellan makar, och trots det att kvinnor är mindre benägna, än män, att rapportera sin sambo som den de känner sig närmast (Fuhrer & Stansfield, 2002), verkar alltså en sambo ändå spela stor roll för hälsan.

Det är rimligt att anta att man, utan någon sambo att dela försörjning och omsorg om hem och barn med, sannolikt utsätts för en ännu tyngre och mer krävande arbetsbelastning. Troligtvis blir också tiden för fritid och vila ännu kortare och mer uppsplittrad, om det ens finns någon, vilket skapar små möjligheter till återhämtning, något som är direkt avgörande för hälsan (RFV, 2004). Således blir balansen mellan krav och kontroll – hanterbarheten - i livet rimligtvis svårare att upprätthålla som ensamstående.

Även tidigare forskning på området (van Daalen et al, 2006; Floderus et al, 2007) har visat på betydelsen av en partner. van Daalen med flera (2006) fann att just partnerstöd var avgörande för om kombinationen arbete och familj resulterade i stress och ohälsa. Något som också resultaten i den aktuella studien pekar på.

I den aktuella studien var det emellertid möjligt att se en förändring över tid även här. Delperioden 1996-2003 var överrisken för de ensamstående med barn nästan två och en halv gånger högre, än för de ensamstående utan barn. Detta, i jämförelse med åttiosju procent för hela perioden 1990-1991, 1994-2003.

Den klara överrisken för de ensamstående heltidsarbetande kvinnorna med barn har säkert mer än en förklaring - exempelvis kan ensamstående med barn oftare ha

genomgått en separation, något som kan bidra till förhöjd ohälsa (Eklund et al, 2004; FRN, 1998). Men ensamboendet i sig kan säkert också ha en direkt påverkan på livet och hälsan.

De heltidsanställda ensamstående mödrarna har naturligtvis också påverkats av det nya arbetslivets krav och påfrestningar under de senaste åren, vilket säkert förstärker siffrorna. Men kanske är det inte orimligt att tänka att hanterbarheten och balansen mellan krav och kontroll, påverkats mer för ensamma mammor än för samboende mammor.

Om man beaktar ovanstående diskussion; att kraven i arbetslivet har ökat, jämställdhetskraven likaså, och att kontrollen samtidigt har minskat – måste ändå slutsatsen bli att hanterbarheten - trots en ojämlik fördelning av sysslor – är bättre då man är två, än då man är ensamstående.

Sociala relationer – mer stress än stöd?

Förutom sambons betydelse, visade resultaten i övrigt, inte på något samband mellan socialt nätverk och självskattad hälsa i kvinnornas försök att kombinera arbete och familj. Det fanns exempelvis ingen tydlig skillnad mellan de heltidsarbetande mödrarna som träffar föräldrar eller andra sällan, och de som träffas ofta. Något som var lite oväntat.

Detta betyder att effekten av täta kontakter med föräldrar eller andra människor, det vill säga att ha ett (frekvensmässigt) starkt nätverk, inte verkar reducera effekten av att ha barn, bland de heltidsanställda. Alltså verkar inte nätverket – och stödet – här ha den buffrande effekt mot ohälsa, som man tidigare har trott (Carlson & Perrewé, 1999; van Daalen et al, 2006).

Orsakerna till den uteblivna riskreduceringen kan vara många. Exempelvis att föräldrarna, kanske främst mödrarna, till de heltidsarbetande kvinnorna delvis är i samma situation som sina döttrar – de både heltidsarbetar och sörjer för hushåll och omsorgen om andra, kanske ofta äldre, släktingar. En inte helt orimlig tanke då

många av mödrarna till kvinnorna i den aktuella studien troligtvis är födda på 1940-talet, och därmed är den första generation kvinnor som har kombinerat förvärvsarbete och föräldraskap – och alltså har varit, och kanske fortfarande är, utsatta för dubbelarbete på samma sätt som sina döttrar.

En stor andel av dessa mödrar har säkerligen arbetat inom så kallade *kvinnoyrken*, främst i offentlig sektor, som under de senaste decennierna har drabbats hårt av ohälsa och sjukfrånvaro (Theorell et al, 2004). Detta gör kanske att de själva av hälsoskäl inte orkar och kan ställa upp för sina barn och vara det stöd som dessa skulle behöva. Händelseförloppet har börjat likna en kedjereaktion.

Men även om stödet från föräldrarna skulle finnas, är det ändå inte säkert att kvinnorna i den aktuella gruppen skulle avlastas och må bättre genom ökat socialiserande. Förmodligen är det inte bara relationerna inom den egna familjen som har förändrats under senare decennier (Arne, Roman & Franzén, 2003). Även relationen till de egna föräldrarna, och vännerna, har troligtvis blivit mer förhandlingsbara och tar sig nya uttryck, i och med förändrade villkor.

Mycket tyder på att kvinnan fortfarande står för merparten av de sociala relationerna (RFV, 2004). Både män och kvinnor rapporterar också samma andel kvinnor bland sina närmsta vänner (Fuhrer & Stansfield, 2002). Att, som kvinna, arbeta heltid, ha barn och *samtidigt* träffa andra människor ofta, föräldrar eller vänner, stressar kanske mer än det stödjer idag. Dessutom behöver ju en social relation inte nödvändigtvis vara positiv. Kanske har vännerna eller föräldrarna egna problem där kvinnan, i linje med traditionella föreställningar, förväntas ta ansvar och ge stöd. En ökad kontakt kan då innebära ökade krav, istället för ökat stöd.

Skillnaden mellan en så kallad spänd och en aktiv arbetssituation, det vill säga mellan stress och stimulans, har tidigare förmodats bero på i vilken utsträckning individen har tillgång till socialt stöd som kan tänkas underlätta och öka kontrollen i arbetet (Theorell, 2003), så väl som i livet i övrigt (Griffin et al, 2002). Resultaten från den aktuella studien, samt diskussionen ovan, visar emellertid att förhållandet är mer komplext än

så. En komplexitet som i allra högsta grad motiverar ytterligare forskning på området

Om metoden

Statistiska Centralbyråns årliga undersökningar om levnadsförhållandena i Sverige utgör en särställning internationellt. Det stora representativa urvalet tillsammans med den höga svarsfrekvensen, gör att ULF-undersökningarna ger en bra bild av vårt samhälle. Individerna som ingår i undersökningen har ingen plikt att lämna ut uppgifter, men det begränsade bortfallet tyder på att de allra flesta tycker att det är viktigt med den här typen av studier. Det faktum att det är SCB, på uppdrag av Sveriges Riksdag, som genomför undersökningarna spelar troligtvis också roll.

Styrkor och svagheter med studien

Just det att jag, genom SCBs ULF-undersökningar, har haft tillgång till ett så stort material utgör en av *fördelarna* med min studie. Antalet i undersökningsgruppen var för hela perioden 8157 individer, och för delperioden 1996-2003, 5368 individer. I båda fallen ger det höga antalet en god statistisk styrka i analyserna.

Ytterligare en *fördel* med studien är att jag, genom att avgränsa undersökningsgruppen till att innefatta de kvinnor, födda mellan 1960 och 1979, och som är tjugo år eller äldre (högst 43 år) vid intervjuåret, skapar en väl fokuserad grupp. Den aktuella undersökningsgruppen kan i och med avgränsningen förmodas täcka just de kvinnor som står inför uppgiften att kombinera en vardag med hemmavarande barn och förvärvsarbete.

Även tillgången till uppgifter beträffande självskattad hälsa för en lång tidsserie, ses som en *fördel* med studien. Självskattad hälsa har använts i många sammanhang. Hur man ”mår” står i relation till såväl somatiska som psykosociala och materiella förhållanden liksom livsstilsfaktorer och att ”må dåligt” har visat samband med såväl framtida sjukdomar som för tidig död (Undén & Elofsson, 1998).

Mer specifikt har liten kontroll över arbetssituationen samt allmän brist på socialt stöd visat sig utgöra en risk för låg självskattad hälsa (Molarius et al, 2006). Detta gör självskattad hälsa till ett viktigt och tillförlitligt mått på individens hälsa och sårbarhet, och motiverar ytterligare valet av utfallsvariabel i den aktuella studien

En *svaghet* med studien kan vara att den är en tvärsnittsstudie. Jag har därmed inte haft möjlighet att följa de aktuella kvinnorna under en längre tidsperiod, mina resultat utgör bara en ögonblicksbild. Detta gör att jag - dock helt i linje med studiens syfte - bara har haft möjlighet att studera aktuell hälsostatus för kvinnorna, snarare än långsiktiga effekter. Det innebär också att det i vissa fall kan vara tveksamt att avgöra om det endast är exponeringen som påverkat utfallet - den självskattade hälsan - eller om det även kan vara så att utfallsvariabeln har påverkat exponeringen. Exempelvis kan låg självskattad hälsa ha medfört att det sociala nätverket blivit svagt.

Ytterligare en *svaghet* med studien är att den grundar sig på befintligt material. Jag har således inte kunnat designa intervjufrågorna själv. Detta reser frågor om exempelvis kvantitet i relation kvalitet när det gäller sociala relationer. Med uppföljande intervjufrågor hade jag kunnat få reda på mer om hur relationen såg ut, om den var positiv eller negativ, något jag alltså inte kan uttala mig om i den aktuella studien. Jag har inte heller kunnat analysera betydelsen av relationer till arbetskamrater.

Espvall och Dellgran (2006) har studerat de sociala ULF-variablernas validitet. De skriver att ULF-undersökningarna rent generellt syftar till

att fånga de faktiska levnadsförhållandena, men att det när det gäller frågor om sociala relationer sker en överglidning till mer upplevelsemässiga aspekter. Vidare betonar de fokuseringen på kontaktfrekvensen, genom frågor om hur ofta/sällan man träffar eller ringer till föräldrar och andra vänner. Dessa frågor ger endast svar på hur täta eller glesa kontakterna är, snarare än säger något om *kvaliteten* – om kontakterna är positiva eller negativa, korta eller långa (Espvall & Dellgran, 2006).

Tidigare forskning på området är inte entydig i sin användning av begreppen nätverk och stöd. Flera studier (Carlson & Perrewé, 1999; van Daalen et al, 2006) fokuserar socialt stöd, snarare än socialt nätverk, vilket ger upphov till vissa svårigheter vid en närmre analys av sambandet socialt nätverk och självskattad hälsa. Frågan är om det är *stödet* i nätverket som har betydelse för hälsan, eller om nätverket i sig kan ha en inverkan på välbefinnandet.

I läsningen av studier om socialt stöd har jag antagit att det i grunden finns en uppsättning relationer, från vilka stödet kommer. Hur många dessa är, hur sambandet mellan dem ser ut, och om de skulle kunna benämnas nätverk, låter jag vara osagt.

Frågorna i ULF ger inte heller svar på *ömsesidigheten* i relationerna, något som också kan vara relevant för förståelsen av socialt nätverks betydelse för hälsan hos kvinnor som kombinerar arbete och familj. Som nämnts tidigare skulle den uteblivna riskreduceringen för mödrarna med högfrekvent kontaktmönster, bero på att kvinnor ger mer stöd än de får. Alla relationer innebär inte ett likvärdigt givande och tagande.

Möjligtvis hade resultaten sett annorlunda ut om frågorna hade inkluderat relationens *kvalitet*, frågor som exempelvis berör om kvinnor ger mer stöd än de får. Hur detta skulle kunna bidra till förbättrad/försämrad hälsa, står därför obesvarat.

Trots detta har resultaten, den uteblivna skillnaden mellan grupper som har kontakt ofta, respektive sällan, med föräldrar och andra människor, lagt en grund för fortsatta studier.

Confounding i resultaten

I presentationen av olika nätverksmönster relaterat till självskattad hälsa syns två klara överrisker; hos både de ensamstående och de samboende som träffar föräldrar och andra sällan (se Tabell 2 – Bilaga 2). Likadant är det med de heltids- och deltidsanställda utan barn som träffar andra människor sällan (se Tabell 4 och 5 – Bilaga 4 och 5).

Det är rimligt att anta att resultaten kan vara påverkade av okontrollerad confounding. Exempelvis kan vissa grupper vara drabbade av svårare former av psykosocial ohälsa som inte ”fångats upp” av ”långvarig sjukdom”. Alkoholism kan vara ett exempel på en sådan socialt marginaliserande sjukdom som sannolikt påverkar såväl individens sociala kontakter, sysselsättningsgrad, sannolikheten att ha barn som den självupplevda hälsan.

Hälsa och ohälsa är komplexa begrepp som varierar med olika kulturer, tidsepoker, normer och värderingar. Samt är föremål för olika tolkningar (Undén & Elofsson, 1998). Trots kontrollen för långvarig sjukdom (se metodbeskrivningen), kan tidigare sjukdom och ohälsa ha påverkat hur individerna i studien skattar sitt hälsotillstånd.

Även om den självskattade hälsan är ett väl använt mått, bör man vara medveten om att individens skattning av hälsan, har samband med faktorer i den specifika livssituationen. Faktorer som troligtvis skiljer sig åt mellan exempelvis olika befolkningsgrupper (Undén & Elofsson, 1998).

Även dikotomiseringen, i den aktuella studien, av variabeln *självskattad hälsa* där referensen var god/mycket god och övriga svarskategorier blev ”låg” självskattad hälsa, kan diskuteras. I ”låg” självskattad hälsa ingår kategorierna ”någorlunda” och ”något där emellan”, vilka inte nödvändigtvis behöver innebära att man mår dåligt. Det kan lika gärna vara så att intervjupersonen tvärtom vanligtvis mår dåligt av någon anledning, och just denna dag har en förhållandevis bra dag – en dag där hon känner sig ”någorlunda”. Det är inte orimligt att anta att resultaten – och därmed

diskussionen – hade sett annorlunda ut om dikotomiseringen hade gjorts med de aktuella kategorierna inkluderade i referensen, god/mycket god självskattad hälsa.

När det gäller eventuella bias i SCBs ULF-undersökningar väljer jag, med hänsyn till tid och omfattning av den aktuella studien, att inte gå in i det närmre.

Ytterligare forskning – en väg till jämställdhet

Även om vi i Sverige anses, och anser oss själva, som ett av världens mest jämställda länder, och den svenska modellen verkligen har skapat förutsättningar för män och kvinnor att dela på försörjning och ansvar för hem och barn, är vi långt ifrån där ännu.

Forskning som vågar sig på att integrera etnicitets-, köns-, klass- och sexualitetsperspektiv och ta ett samlat grepp om situationen i Sverige idag kan frambringa nödvändig och viktig kunskap. Även om det kanske, exempelvis, är förhållandet kvinna - man som är det vanligaste i samhället och i den aktuella studien så är det ändå av största vikt att undersöka hur relationen arbete, socialt nätverk, föräldraskap och självskattad hälsa ser ut vid förhållandet kvinna – kvinna eller man – man. Likaså är det rimligt att tro att faktorer som social klass, inkomst och etnicitet påverkar förhållandet.

Ett kompletterande redskap, till kvantitativa studier som denna, är kvalitativa djupintervjuer. Genom intervjuer kan man troligtvis få den djupgående information om hur kombinationen arbete och familj ser ut, som skulle behövas. När det gäller just betydelsen av sociala relationer för hälsan i relationen arbete - familj, behövs mer inblick i hur specifika relationer ser ut, om de upplevs som betungande eller stödjande, om relationen är ömsesidig eller inte, vad relationens kvalitet betyder jämfört med kontaktfrekvens och hur mönstren varierar med olika befolkningsgrupper.

Med intervjuer som tillägg till mer omfattande studier kan bilden av den förvärvsarbetande föräldern kanske förbättras och ge ytterligare kunskap. Kunskap

som sedan kan användas som underlag för att skapa ännu bättre förutsättningar för män och kvinnor att uppnå den balans mellan arbete och föräldraskap som kan vara avgörande för hälsan. Något som är nödvändigt mot bakgrund av det nya arbetslivets krav och påfrestningar och det höga antalet sjukskrivningar i Sverige idag.

Arbetet för ökad jämställdhet innebär att man förutom att studera *kvinnans* förhållanden, eller parrelationen, även måste undersöka vad det innebär att vara man, make och pappa i dagens samhälle. Vilka mekanismer som gör att män fortfarande känner att de måste arbeta mer än umgås med sina barn, och vad det är som gör att svenska arbetsgivare förvägrar barn deras rätt till sina pappor.

Därför behövs inte bara fortsatta studier om svenska kvinnors förhållanden, utan också om deras partners. Utifrån denna kunskap kan man ta krafttag för att öka acceptansen för jämställdhet och skapa förutsättningar för män att exempelvis ta ut föräldraledighet på samma villkor som för kvinnor.

Detta kräver ett perspektiv på människan, där arbetslivet och hem-/familjelivet måste ses som en helhet, och där alla aspekter av vad det medför att vara både förälder och att arbeta heltid, tas med. Såväl som innebörden av att vara människa, man och kvinna i Sverige idag. Något vi bara kan uppnå med hjälp av kunskap.

Och kunskapen är nödvändig. Om vi inte vet var vi tar vår utgångspunkt - *vad* vi vill förändra - så vet vi inte heller *hur* vi ska göra det, och då är steget inte långt till att vi tappar bort anledningen - *varför* vi vill vara det mest jämställda landet.

Referenser

1. Allvin, M. et al. (2006). *Gränslöst Arbete*. Malmö: Liber AB.
2. Arne, Roman & Franzén. (2003). *Det sociala landskapet*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.
3. Artazcoz, L. et al. (2002). *Combining job and family demands and being healthy*. *European Journal of Public Health*. 2004; 14: 43-48.
4. Carlson, D. S. & Perrewé, P. L. (1999). *The role of social support in the stressor-strain relationship: an examination of work-family conflict*. *Journal of Management*. 1999, Vol. 25, No. 4, 513-540.
5. Eklund, M., Granitz, H. & Marklund, S. (2004) *Deltidssjukskrivning – individ, arbetsplats och hälsa*. Ingår i Hogstedt, C. et al (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. (ss. 83-121). Statens Folkhälsoinstitut.
6. Espvall, M. & Dellgran, P. (2006). *ULF's sociala sida. Om socialt stöd och sociala nätverk i levnadsnivåundersökningarna*. *Socialvetenskaplig Tidskrift*. 2006; 13; 1. Lund.
7. Folkhälsoinstitutet (FHI). (2006). *På väg mot en WLB strategi. Slutrapport Mars 2006*. Stockholm: Ramböll Management.
8. Floderus, B. et al. (2007). *Self-reported health in young mothers: the impact of age, work, and socioeconomic conditions*.
9. Fuhrer, R. et al. (1999). *Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study)*. *Social Science & Medicine*. 1999; 48; 77-87.
10. Fuhrer, R. & Stansfield, S., A. (2002). *How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from "close persons"*. *Social Science & Medicine*. 2002; 54; 811-825.
11. Goode, W., J. (1960). *A theory of role strain*. *Am Soc Rev*. 1960; 25; 483-496.
12. Griffin, J., M. et al. (2002). *The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?* *Social Science & Medicine*. 2002; 54; 783-798.
13. Gustafsson-Larsson, S. & Hammarström, A. (2000). *Can women's network activities lead to improved health?* *Scandinavian Journal of Public Health*. 2000; 28; 253-259.

- 14. Härenstam, A. et al. (2000).** 5. *Helhetsperspektiv – om att kombinera arbetssfären med den privata sfären*. Ingår i Härenstam, A. et al. Hur kan könsskillnader i arbets- och livsvillkor förstås? Metodologiska och strategiska aspekter samt sammanfattning av MOA-projektets resultat ur ett könsperspektiv. Arbete och Hälsa. 2000:15.
- 15. Krantz, G. & Östergren, P-O. (2000).** *Double exposure. The combine impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women*. European Journal of Public Health. 2001; 11; 413-419.
- 16. Lahelma, E. et al. (2002).** *Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances*. Social Science & Medicine. 2002; 54; 727-740.
- 17. Molarius, A. et al. (2006).** *Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden*. European Journal of Public Health. Vol. 17, No. 2, 125-133.
- 18. Nyqvist, F. (2005).** *Socialt kapital och hälsa – en forskningsöversikt*. Socialvetenskaplig Tidskrift. 2005; 12;1; 75-89. Lund.
- 19. Orth-Gomér, K. (2003).** *Kvinnors stress, sociala miljö och hälsa i ett livsperspektiv*. Ingår i Theorell, T. (red.). Psykosocial miljö och stress. (ss. 163-173).
- 20. Riksförsäkringsverket (RFV). (2004).** *Socialförsäkringsboken 2004. Kvinnor, män och sjukfrånvaron*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- 21. Roos, E. et al., (2005).** *A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden*. Social Science & Medicine. 2005; 60; 2443-2451.
- 22. Roos, E., Lahelma, E. et al (2005).** *The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries*. Scaninavian Journal of Public Health. 2005; 33; 250-260.
- 23. Ross, C. E. et al. (1983).** *Dividing work, sharing work, and in-between: marriage patterns and depression*. Am Soc Rev. 1983; Vol. 48; December; 809-823.
- 24. Statistiska Centralbyrån (SCB):** *Tabell Bortfallet i ULF 1975-2005*. www.scb.se. 2007-05-23. Gå in på www.scb.se och sök på ”tabell bortfallet i ULF”.
- 25. Statistiska Centralbyrån (SCB). (2003).** *Tid för vardagsliv. Kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91 och 2000/01*. Levnadsförhållanden, rapport 99. SCB 2003.

26. Theorell, T. et al. (2004). *Ju färre vi är tillsammans... Sjukskrivningsmönster vid strukturella förändringar*. Ingår i Hogstedt, C. et al (red.). Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. (ss 207-230). Statens Folkhälsoinstitut.
27. Theorell, T. (2003). *Psykosociala faktorer – vad är det?* Ingår i Theorell, T. (red.). Psykosocial miljö och stress. (ss. 11-73). Lund: Studentlitteratur.
28. Theorell, T. et al. (1990). *Slow-reacting immunoglobulin in relation to social support and changes in the job strain: a preliminary note*. Psychosomatic Medicine. 1990; 52; 511-516.
29. Undén, A.-L. & Elofsson, S. (1998). *Självupplevd hälsa. Faktorer som påverkar människor egen bedömning*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden (FRN).
30. van Daalen, G. et al. (2006). *Reducing the work-family conflict through different sources of social support*. Journal of Vocational Behaviour. 2006; 1-15.

Övrig litteratur

1. Ahlbom A. Biostatistik för epidemiologer. Lund: Studentlitteratur, 1990.
2. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Grundläggande epidemiologi. Lund: Studentlitteratur, 1995.
3. Choenarom C, Williams A R, Hagerty B M. The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 19, No. 1, 2005, p 18-29.
4. Ejlerthsson G. Statistik för folkhälsovetenskaperna. Lund: Studentlitteratur, 2003.
5. Hernberg, S. (1992). *Introduction to occupational epidemiology*. Michigan: Lewis Publishers, Inc.
6. Mastekaasa A. (2000). *Parenthood, gender and sickness absence*. Social Science and Medicine. Norway; Oslo: Institute for Social Research, 2000, pp 1827-1842.
7. Ohlsson, E. (2005). *Kort handledning i SAS*. Stockholm: Stockholms Universitet.
8. Rothman, K. J. (2002). *Epidemiology – an introduction*. New York: Oxford University Press.
9. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2003). *SBU:s sammanfattning och slutsatser. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis, en systematisk litteraturöversikt*.